MASSAGE

ET

SUITES DE COUCHES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Avril 1901

PAR

GEORGES BOUCHET

Né à Saint-Jean-de-Marnéjols (Gard), le 12 octobre 1875

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

PRIX DE FIN D'ANNÉE AUX CONCOURS DE 1897 ET 1898

MENTION HONORABLE AU CONCOURS DE 1899

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
FORGUE . . . . Assesseur

Professeurs

Hygiène . . . . MM.	BERTIN-SANS (✻).
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Puech.	
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements . . . . MM.	VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT L., agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. PUECH	MM. RAYMOND
RAUZIER	VALLOIS	VIRES
LAPEYRE	MOURET	IMBERT
MOITESSIER	GALAVIELLE	BERTIN-SANS
DE ROUVILLE		

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. BOSC, *président.*	MM. PUECH, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.*	VALLOIS, *agrégé.*

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Pieux et reconnaissant hommage.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES PARENTS, A MES AMIS

G. BOUCHET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR J.-F. BOSC

A M. LE DOCTEUR P. BOSC

DIRECTEUR DE L'INSTITUT PHYSICOTHÉRAPIQUE

G. BOUCHET.

AVANT-PROPOS

A cette heure où je suis près de les quitter, je sens mieux combien grande est la dette que j'ai contractée envers mes Maîtres de la Faculté. A chacun d'eux je suis redevable d'une part de mes connaissances théoriques et pratiques ; dans les circonstances si délicates parfois de la pratique médicale, le souvenir de leurs leçons et de leurs exemples sera pour moi un guide sûr et précieux.

M. le professeur Bosc m'a fait un honneur dont je sens tout le prix en acceptant de présider à la soutenance de cette thèse ; qu'il veuille bien agréer tous mes remerciements pour cette marque de bienveillance.

Je remercie aussi M. le professeur Granel, dont la sollicitude à mon égard ne s'est jamais démentie dans le courant de mes études ; je suis heureux de lui renouveler l'expression de ma vive et sincère reconnaissance.

M. le professeur Ducamp a guidé mes premiers pas dans la voie de la clinique. Je me souviendrai toujours de l'intérêt qu'il n'a cessé de me témoigner pendant mon séjour à la Faculté.

Dans le service de M. le professeur Grasset, où j'ai eu l'honneur d'être longtemps stagiaire, j'ai pu apprécier non seulement l'étendue du savoir et la clarté d'exposition de ce Maître éminent, mais encore sa bienveillance et son affabilité.

M. le professeur Forgue a droit à toute ma gratitude pour le bon accueil que j'ai toujours trouvé auprès de lui.

J'ai récolté auprès de mon Maître, M. le professeur-agrégé Rauzier, dans ses consultations externes, qu'il sait rendre si intéressantes et si profitables, une ample moisson de documents cliniques et de saines idées thérapeutiques.

En diverses circonstances, j'ai reçu de sa part des preuves de sympathie dont j'ai été profondément touché. Je le prie de bien vouloir accepter l'assurance de mon entier dévouement.

Merci également à MM. les professeurs Tédenat, Carrieu, Estor, Gilis, à MM. les professeurs-agrégés Galavielle, Lapeyre, Puech, Vallois, pour l'intérêt qu'ils ont bien voulu me porter.

J'ai appris la pratique de la physicothérapie auprès de M. le docteur Pierre Bosc, dans l'établissement qu'il dirige avec une si grande compétence. Cet excellent Maître ne m'a ménagé ni les bons conseils, ni les preuves d'intérêt ; il a bien voulu m'aider de ses remarques dans la rédaction de ce travail. Ma reconnaissance vis-à-vis de lui et de toute sa famille sera toujours au-dessous des services rendus.

M. le docteur Platon, chef de clinique à l'École de Marseille, a mis à ma disposition, avec une extrême obligeance, les observations recueillies dans sa pratique personnelle, elles m'ont été d'une utilité capitale dans l'élaboration de ce travail. Je lui adresse mes plus vifs remerciements et l'hommage de ma respectueuse sympathie.

M. le professeur Hédin, MM. les docteurs Magnol et Poujol, ont montré pour moi, en certaine circonstance, une amabilité et une obligeance dont je conserve le meilleur souvenir, qu'ils veuillent bien accepter l'assurance de mon entier dévouement.

INTRODUCTION

On ne saurait méconnaître la place importante qu'occupe le massage dans la thérapeutique actuelle. Aussi bien, pour s'en assurer, il suffit de parcourir les traités spéciaux, et l'on peut dire que le nombre d'affections où il est indiqué s'est étendu et s'étend chaque jour.

Cette extension considérable prise par une branche de l'art de guérir jadis si délaissée et abandonnée aux pratiques de l'empirisme n'est pas le fait d'un enthousiasme irréfléchi vis-à-vis d'une nouveauté thérapeutique. Loin de moi la pensée de vouloir faire de la massothérapie une panacée à tous les maux de notre pauvre humanité ; mais il faut bien s'incliner devant les faits, et les faits sont probants. Manié avec la prudence et l'habileté nécessaires, le massage donne des résultats vraiment merveilleux. Si j'emploie ce langage, ce n'est pas en physicothérapeutiste ardent, c'est en observateur éloigné de toute exagération : tel de mes amis, qui a connu mon scepticisme de jadis, pourrait être garant de mon entière sincérité.

D'ailleurs, à l'empirisme a succédé la science ; après avoir constaté les résultats cliniques, on a cherché à se rendre compte du mécanisme par lequel ils arrivaient à se produire : et divers travaux ont paru, étudiant soit certains points de la physiologie du massage, soit les modifications histologiques

des tissus massés, soit encore les phénomènes chimiques, locaux ou généraux, qui accompagnent la pratique de la massothérapie.

Une de ses applications les plus récentes, du moins dans notre pays, a été son emploi en gynécologie avec un certain succès.

M. Stapfer (de Paris) a publié un livre sur la kinésithérapie gynécologique, pour lequel M. le professeur Pinard a écrit une préface ; je veux en rappeler quelques passages : « C'est bien là une arme nouvelle (il s'agit du massage associé à la gymnastique), d'une puissance incomparable, ayant cet énorme avantage de n'être pas tranchante ». Plus loin : « Quant à la puissance de cette thérapeutique nouvelle, je puis dire : Je suis convaincu parce que j'ai vu ». Et il termine par ces mots : « En agissant comme je le fais, en écrivant ce que je pense, je suis bien moins mû par le désir, cependant bien grand, de remercier mon collaborateur et de lui prouver mon estime scientifique et mon amitié, que par celui de faire bénéficier le plus grand nombre de pauvres malades des bienfaits d'une telle méthode ».

M. Stapfer cite dans sa préface une observation convaincante. Il s'agit d'une jeune femme, à laquelle, à la suite de troubles vagues, on a d'abord curetté l'utérus, puis fait l'ablation de cet organe, ainsi que des ovaires, avec, pour seul résultat, aggravation générale et locale. Les troubles sont alors rapportés à une altération vésicale. « Malheureusement, dit l'opérateur, nous ne pouvons pas enlever la vessie ». On soumet alors la malade à une thérapeutique de circonstance (lavages de la vessie, médication interne). L'état reste stationnaire. L'auteur est alors appelé et commence un traitement par le massage combiné avec la gymnastique. Après la première séance, la malade lui déclare qu'elle ne guérira

jamais par ce procédé ; après la quinzième, elle pouvait donner un dîner.

M. le professeur Tédenat emploie souvent le massage en gynécologie, et je me rappelle en avoir constaté les bons effets durant mon stage à sa clinique. Il aime d'ailleurs à les mettre en lumière.

L'obstétrique lui doit aussi de bonnes ressources. Cazeaux l'employait dans l'hémorragie utérine, et il est actuellement regardé comme un bon moyen de réveiller la contractilité de l'utérus dans les cas d'inertie utérine.

Dans le cas de subinvolution, il est aussi indiqué comme moyen d'activer le retour de l'utérus vers son état normal : et ainsi, chez une femme à nombreux accouchements antérieurs, où l'on voit l'utérus regagner avec une désespérante lenteur sa situation normale, il sera d'un utile secours pour rendre plus rapide l'involution utérine.

La méthode dont j'entreprends la description se rapproche de cette dernière application : car elle a pour objectif d'activer l'involution utérine normale. Elle me paraît avoir une certaine portée pratique.

En effet, le repos au lit consécutif à l'accouchement n'est pas toujours accepté par les femmes ; les unes s'y refusent par nécessité, les autres par routine, d'autres enfin par habitude d'une vie très active.

Les conséquences de cet état de choses sont claires autant que déplorables : déviations, métrites, prolapsus utérins, guettent la femme qui se lève trop tôt, qui reprend ses occupations avant que ses organes génitaux aient recouvré leur constitution histologique normale et leurs rapports habituels.

Il suit de là qu'un procédé permettant de réduire notablement la durée de l'involution utérine présente une valeur indiscutable.

C'est M. le docteur P. Bosc, de Montpellier, qui, le premier, a indiqué les avantages et précisé la technique du massage appliqué aux suites de couches. Au mois de février 1899, il relatait les résultats excellents qu'il avait obtenus. Le nombre de cas était toutefois trop peu considérable pour formuler une conclusion absolument ferme. Au moins, il restait acquis que le massage pouvait rendre de réels services.

Peu de temps après, M. le docteur Platon, chef de clinique à l'Ecole de Marseille, a publié une étude portant sur onze cas ; les résultats obtenus concordent avec ceux de M. Bosc, et il conclut à la généralisation du procédé.

J'ai recueilli un certain nombre d'observations ayant trait à la méthode, et j'en ai tiré les conclusions qui m'ont paru le plus rationnelles. La grande majorité m'a été communiquée par M. Platon, à qui je renouvelle ici toute l'expression de ma reconnaissance.

J'eusse bien voulu apporter une somme de documents cliniques plus considérable et plus personnelle, mais des circonstances particulières m'ont fait une obligation de hâter l'élaboration de ce travail, que j'ai divisé en deux parties.

Dans la première, j'ai étudié très sommairement l'hygiène des suites de couches. Cette étude montre deux indications opposées : d'une part, le repos au lit, nécessité par les complications génitales qui risquent de se produire ; d'autre part, la vie active au grand air, commandée par les avantages de l'exercice actif, les nécessités sociales ou l'indocilité de l'accouchée.

Le massage, qui permet la brièveté du repos et la prompte reprise de la vie habituelle, et, comme tel, concilie dans une mesure suffisante des indications contradictoires, est étudié dans la deuxième partie ; j'en expose les résultats, les indications plus spéciales, la technique, et le mode d'action.

J'ai placé à la suite l'exposé des observations.

Le désir d'être utile et le souci de la vérité ont seuls guidé mes conclusions ; c'est assez dire que ce travail a été conçu et rédigé avec la plus complète impartialité : je puis donc soumettre cette étude à la bienveillance de mes Maîtres, les assurant respectueusement qu'elle pourrait porter comme épigraphe la phrase célèbre de Montaigne.

MASSAGE

ET

SUITES DE COUCHES

PREMIÈRE PARTIE

LE REPOS POST-PARTUM

CHAPITRE PREMIER

DES SUITES DE COUCHES

Je crois utile de placer à la tête de cette étude quelques considérations sur les suites de couches normales ; il va sans dire que je serai très bref à ce sujet, me bornant à rappeler surtout les phénomènes dont la connaissance nous sera nécessaire dans la suite de ce travail.

Donc l'utérus (car c'est surtout l'utérus qui nous intéresse) présente pendant les suites de couches des modifications de consistance, de volume et de poids. En même temps, se produit hors des organes génitaux l'écoulement des lochies.

Le globe utérin « globe de sûreté », qui, après la délivrance, sert de pierre de touche pour le diagnostic de

complications importantes, garde pendant quelques jours une consistance assez ferme ; puis, après une période où mollesse et dureté peuvent être constatées alternativement, il revient à sa consistance normale.

Cependant, le volume se réduit peu à peu : il diminue d'environ un centimètre par jour dans le sens vertical, et à peu près dans les mêmes proportions horizontalement. Au 11e jour environ, l'utérus a réintégré le petit bassin.

Le poids tombe en quelques jours d'environ 1000 gr. (c'est le chiffre moyen) à 200 grammes. Vers la sixième semaine, il redevient *à peu près* normal. En effet, l'utérus de la femme qui a accouché conserve toujours un poids et un volume légèrement supérieurs à ce qu'ils étaient avant la parturition.

Les lochies représentent une partie des déchets de l'involution génitale; elles contiennent, en effet, les liquides venant de l'utérus : le sang, la sérosité, les débris de la caduque et les cellules desquamées du vagin.

Il nous suffit de retenir les points suivants :

1° Elles sont formées de sang presque pur pendant deux ou trois jours ;

2° Pendant les quelques jours qui suivent, elles sont sanglantes, rouges et diminuent d'abondance au moment de la montée du lait ;

3° Elles deviennent ensuite séreuses jusqu'au douzième jour ;

4° Du quinzième au dix-septième jours, l'écoulement reparaît sanglant (petit retour de couches) ;

5° Elles présentent une odeur forte, surtout caractéristique à partir du troisième jour, au moment où elles deviennent séro-sanguinolentes ;

6° Elles persistent jusqu'à la troisième semaine.

Je dois rappeler également, toujours brièvement, les

modifications histologiques que subit la couche musculaire de l'utérus. L'hypertrophie notable que l'on constate au moment de l'accouchement cesse, et le muscle revient à son état normal par deux processus. Certaines fibres s'atrophient ; chez d'autres, se produit la dégénérescence granulo-graisseuse ; on ne sait si ces modifications portent sur les anciennes fibres ou sur celles qui sont les plus récentes.

Dans les cas d'avortement, l'écoulement qui se produit hors des organes génitaux présente des caractères différents suivant l'âge de la grossesse. A un ou deux mois, l'écoulement, très peu marqué, se réduit à l'issue d'une petite quantité de sang ; plus tard, les lochies sont plus marquées, et elles entraînent des débris de caduque, de membrane ou de placenta.

L'involution utérine est plus tôt terminée qu'après l'accouchement ; cela doit être, puisque l'utérus a un développement bien moins considérable, son retour à l'état normal sera plus rapide. Il n'est pas cependant rare de constater après l'avortement un défaut d'involution, cause fréquente de métrites ou de déviations.

Telle est, succinctement exposée d'après les classiques, la physiologie des suites de couches. Des modifications importantes se produisent du côté de l'utérus ; pendant ce temps, on le peut considérer, sinon comme malade, du moins comme nécessitant des soins assidus et une active surveillance. Il doit être placé dans les conditions où il pourra le mieux accomplir son involution normale ; en d'autres termes, il faudra aider la nature.

Comment favoriser ce retour à l'état normal ? Il faudra s'employer à éviter et congestions intempestives et vices de position de l'utérus, car les congestions le prédisposent aux inflammations (causes, elles-mêmes, de subinvolu-

tion), et les vices de position peuvent, dans ce cas, de passagers, devenir définitifs.

Donc, empêcher l'afflux sanguin et éviter une situation anormale doivent former l'objectif de l'accoucheur, car si la femme se lève alors que son utérus est lourd, cet organe aura de la tendance à se placer dans une situation anormale, et aussi à se congestionner ; l'action de la pesanteur peut suffire à expliquer la chose. Ainsi se produira ce que, précisément, nous voulons éviter.

La conclusion est facile à tirer : le traitement préventif de ce qu'on pourrait appeler les prédispositions pathologiques de l'utérus résidera dans le repos absolu, dans le décubitus dorsal. C'est, d'ailleurs, la thérapeutique qui est devenue classique ; on la trouve formulée dans les traités actuels d'obstétrique.

On ne permet guère le lever avant le vingtième jour, rarement plus tôt, souvent plus tard. MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage le fixent du dix-huitième au vingt-cinquième jour environ.

C'est là certainement une pratique dont on n'a qu'à se louer au point de vue génital. En assurant à l'utérus le repos pendant qu'il accomplit son involution, elle permet d'éviter les complications toujours désagréables et souvent dangereuses qui nécessiteraient plus tard l'intervention du chirurgien.

CHAPITRE II

DES CONSÉQUENCES PATHOLOGIQUES D'UNE INVOLUTION VICIEUSE

J'ai fait entrevoir dans le chapitre précédent quelques-unes des conséquences fâcheuses pouvant faire suite à une involution utérine défectueuse. Je voudrais y insister un peu maintenant, et montrer avec plus de précision et de rigueur combien grands sont les inconvénients qu'entraîne une mauvaise involution.

Les auteurs s'accordent à reconnaître que nombre de déviations et de ptoses n'ont pas d'autre origine.

« Dans la grande majorité des cas, dit Courty en parlant des prolapsus, l'histoire de la maladie commence à un accouchement, continue par la subinvolution, se poursuit par l'engorgement, quelquefois même par l'inflammation ; même alors, le prolapsus ne s'en tient pas là : il se complique de rétroversion, même de rétroflexion, d'autres fois d'hypertrophie ; tous ces états s'enchaînent : défaut d'involution rétrograde après l'accouchement, c'est le point principal, qu'il ne faut jamais perdre de vue, autour duquel tous les autres pivotent ; en le prévenant, on prévient toutes les conséquences et, par suite, le prolapsus ; on ne saurait donc faire trop garder le repos à la suite des couches, et trop provoquer la rétraction de tous les

tissus péri-utérins et utérins par le seigle ergoté et tous les moyens qui peuvent conduire au même but. »

Tarnier, dans le traité publié en collaboration avec Chantreuil, dit aussi : « Il est avantageux pour une accouchée de garder la position horizontale quinze et même vingt jours s'il est possible. On sera facilement convaincu de l'utilité de cette pratique en se souvenant de la lenteur avec laquelle l'utérus revient sur lui-même dans un certain nombre de cas... Que de fois n'a-t-on pas vu un exercice prématuré déterminer des accidents sérieux, tels que métrite, phlébite, prolapsus de l'utérus, métrorragies, etc. »

Dans les ouvrages récents on reconnaît aussi cette origine à un assez grand nombre d'affections utérines ou utéro-annexielles.

En ce qui concerne le prolapsus, la tendance actuelle est de le considérer comme consécutif surtout à la diminution ou à la perte totale de la résistance du plancher vagino-périnéal ; mais personne ne perd de vue la mauvaise involution utérine « provoquée par un léger degré de septicémie puerpérale ou la reprise prématurée de la station debout. »

« La chute de l'utérus, dit M. Tillaux, ne survient guère que chez les femmes qui ont eu des enfants, dont le périnée a été plus ou moins déchiré pendant l'accouchement, ou qui n'ont pas gardé un repos suffisamment prolongé pour permettre à l'organe de reprendre sa position normale. Aussi observe-t-on cette affection surtout chez les femmes de la classe pauvre et laborieuse. »

Le mécanisme est d'ailleurs très facile à comprendre : l'utérus en subinvolution est plus pesant qu'à l'état normal; par suite, il tiraille ses ligaments ; ceux-ci perdent leur élasticité et leur tonicité. Si le périnée a, lui aussi, pour

des raisons pathologiques, vu disparaître sa résistance, le prolapsus est constitué, d'autant plus accentué que l'état de subinvolution est plus marqué et le plancher périnéal plus relâché.

Nous avons vu quelle origine Courty assignait aux déviations utérines accompagnant les prolapsus. Celles qui se produisent en dehors de toute complication de ce genre ont, elles aussi, une étiologie nettement puerpérale. Pour Schultze, il n'y a pas de déviations congénitales ; la cause de toutes ou presque toutes ces affections réside dans un trop lent retour de la matrice vers son état normal. « Le plus souvent, elles succèdent à une involution incomplète de l'utérus après l'accouchement ou l'avortement, alors que les femmes se sont levées et ont repris trop tôt leurs occupations. Toutes les conditions se trouvent réunies, dans ce cas, pour favoriser la déviation : le poids et le volume de l'utérus, la mollesse et l'engorgement de son tissu, le relâchement des ligaments, la flaccidité des parois abdominales, la subinvolution du vagin. » (Bouilly).

On sait que l'utérus présente à l'état normal un léger degré d'antéflexion ; le pesant utérus en subinvolution arrivera facilement à exagérer cette position physiologique et, pour peu que l'état congestif de la matrice se prolonge, ce qui pourrait n'être que passager deviendra définitif.

Lawson-Tait fait remonter l'antéversion à la mauvaise involution *post partum*.

La rétroflexion en est aussi une conséquence : si les ligaments utéro-sacrés sont plus résistants que les ligaments ronds, il en résulte une incurvation en arrière, à angle aigu, du corps sur le col.

C'est la paroi antérieure de l'utérus qui, le plus souvent,

donne insertion au placenta : au niveau de cette paroi, l'involution a une durée plus lente qu'en arrière ; si donc la parturiente se lève trop tôt, il y a moindre résistance au poids total de l'organe et rétroflexion consécutive (Martin).

La rétroversion est très souvent, elle aussi, l'aboutissant d'une involution vicieuse :

« A la suite de l'accouchement, ou mieux de l'avortement, *surtout lorsque la femme se lève trop tôt*, l'utérus, atteint de métrite et devenu trop lourd, s'affaisse de son propre poids. Les ligaments utéro-sacrés se relâchent et laissent le col s'avancer en avant. Les ligaments ronds ont, par ailleurs, perdu leur élasticité ; ils laissent le fond de l'utérus s'incliner en arrière, et se constituer et s'aggraver la rétroversion. La pression des anses intestinales a une prise sur l'utérus ainsi dévié, et contribue aussi à rendre stable et définitive une situation vicieuse. » (Labadie-Lagrave et Legueu).

Je laisse de côté les complications inflammatoires, qui seront toujours évitées par l'observation rigoureuse de l'asepsie et de l'antisepsie : je ferai seulement remarquer que l'état congestif de l'utérus en subinvolution présente un champ de développement favorable aux bactéries.

En résumé, sans insister davantage sur ce sujet, ce qui paraît acquis, c'est l'origine puerpérale de toute une série d'affections génitales, consécutives à la façon défectueuse dont l'utérus regagne sa situation normale ; le point de départ de ce défaut d'involution réside lui-même dans un lever trop hâtif et la reprise prématurée de la vie de chaque jour.

Ainsi, l'étude sommaire que nous venons de faire sur l'étiologie d'un certain nombre de maladies de l'utérus nous ramène à la conclusion qui termine le premier cha-

pitre : la femme qui vient d'accoucher ne saurait demeurer trop longtemps dans la position horizontale ; de ce séjour dans cette situation résulte une prophylaxie efficace des complications gynécologiques auxquelles elle est exposée.

La pathologie comme la physiologie s'accordent à nous montrer comme le meilleur ce mode de traitement.

CHAPITRE III

DES CONTRE-INDICATIONS AU REPOS

Nous voilà donc en possession d'une thérapeutique des suites de couches qui paraît et qui est en réalité très rationnelle : elle permet, en effet, à l'utérus d'accomplir son involution à l'abri de toute cause extérieure susceptible de la gêner.

Cette conduite est, d'ailleurs, adoptée par l'immense majorité, je pourrais dire l'unanimité des accoucheurs. Il faut, cependant, reconnaître qu'elle est loin de réaliser l'idéal d'une hygiène bien comprise de l'accouchée. Car, si son utilité est indiscutable au point de vue génital, elle laisse à désirer si l'on considère le point de vue général.

Les avantages de l'exercice actif sont assez considérables pour qu'on songe à l'utiliser le plus tôt possible après l'accouchement.

Quels sont les effets de l'exercice actif ? Ils se divisent en trois catégories : effets locaux, effets de voisinage, effets généraux (Lagrange).

Les effets locaux dépendent des phénomènes qui accompagnent la contraction musculaire et qui sont d'ordre mécanique, d'ordre physique (chaleur), et d'ordre chimique (combustion). Les résultats de ces trois sortes de phénomènes sont : l'accroissement du volume et l'augmentation de la force du muscle soumis à l'exercice.

Au reste, ces effets locaux n'ont pas, au point de vue spécial qui nous occupe, une très grande importance : notre but n'est pas, en effet, de faire acquérir à l'accouchée une plus grande force musculaire ou un meilleur développement physique.

Plus importants sont les effets de voisinage ; les muscles qui se contractent agissent dans un certain rayon : le sang circule autour d'eux d'une façon plus rapide et avec plus d'abondance, et cette activité circulatoire amène de bons résultats. De plus, les muscles en contraction produisent un véritable massage sur les organes qui les entourent, il en résulte chez ceux-ci d'heureuses modifications; les organes creux à paroi musculaire, surtout, ont leurs tuniques tonifiées, et ils expulsent avec plus de facilité leur contenu.

L'exercice actif amène, avons-nous dit, une suractivité circulatoire dans le muscle qui travaille. Cette suractivité ne reste pas localisée dans le muscle même ou dans le voisinage ; elle s'étend à toute la circulation : ces conséquences à longue portée ont été constatées expérimentalement.

Chauveau et Marey ont fait produire un travail aux muscles masticateurs d'un cheval, en lui donnant quelque chose à mâcher. Ils ont constaté que cet acte de la mastication, si banal, si simple en apparence, amenait une accélération de la vitesse du sang jusque dans les vaisseaux du pied.

Si donc un exercice aussi limité peut avoir des conséquences à une aussi grande distance, il est certain qu'un exercice généralisé amènera des effets beaucoup plus importants et favorisera la circulation dans toutes les parties de l'organisme.

La circulation, plus active, entraînera avec plus de faci-

lité tous les produits de désassimilation. En même temps, elle aura un retentissement sur la respiration, se traduisant par un apport plus considérable d'oxygène, et par conséquent un accroissement de l'amplitude et du nombre des mouvements respiratoires.

De la suractivité de ces deux fonctions générales résulteront des phénomènes physiologiques que l'on devine : les échanges seront accrus, le système nerveux réagira sur les organes, dont les fonctions seront ainsi mieux assurées. C'est surtout dans les organes sécréteurs que se produira cette réaction, spécialement remarquée du côté de la peau.

En somme, suractivité circulatoire et respiratoire, augmentation consécutive des échanges, légère excitation du système nerveux et hypersécrétion dans toutes les glandes de l'organisme, tels sont les heureux résultats dont l'accouchée pourrait bénéficier.

C'est pourquoi M. Félix Regnault conseille de faire lever les parturientes de très bonne heure.

Les femmes maintenues au repos «voient souvent, dit-il, diminuer la sécrétion mammaire. Celle-ci, comme toutes les sécrétions organiques, exige, pour être abondante, un exercice modéré. La femme condamnée au lit voit son lait monter en quantité médiocre les six ou huit premiers jours, puis diminuer et se tarir dans cette immobilité forcée, qui lui interdit même de lever les bras et de s'asseoir sur son lit.

» Il nous est arrivé à plusieurs reprises de soigner des accouchées qui avaient déjà eu plusieurs enfants, et pour chaque enfant, avaient vu se renouveler la même scène : séjour prolongé au lit, quantité médiocre de lait, et finalement allaitement passé à une mercenaire. Ces femmes étaient persuadées de ne pouvoir nourrir ; nous les

avons encouragées, elles ont persisté à allaiter ; au septième jour, quand nous leur avons permis de se lever, le lait est venu à flots. »

L'exercice a donc une heureuse influence sur la sécrétion lactée, comme sur les autres sécrétions ; qu'à ce point de vue, on prône l'exercice, cela n'a rien que de naturel.

Mais nous ne partageons pas toutes les idées qu'a émises M. Regnault dans son article, notamment quand il nie les suites fâcheuses résultant d'un lever hâtif. Nous avons vu, au contraire, le rôle important qu'il jouait dans la genèse des affections utérines.

Il n'en reste pas moins vrai qu'il serait utile de faire lever les accouchees le plus tôt possible ; dans certains cas, ce serait presque une nécessité.

Voici une femme que les derniers mois de grossesse et la secousse de l'accouchement ont anémiée : le teint est pâle, les conjonctives et les gencives décolorées ; elle présente des souffles à l'artère pulmonaire et dans les vaisseaux du cou. On prescrit la thérapeutique tonique habituelle, mais on est désarmé vis-à-vis de son hygiène, car on ne peut lui imposer la vie active au grand air, qui lui serait si profitable.

Ou encore c'est une nourrice : il lui faut une alimentation succulente, mais le séjour au lit la laisse indifférente pour toute sorte de mets. Elle aurait besoin de faire de la bonne hématose pour fournir du lait de bonne qualité et en suffisante quantité. Sous l'influence de l'exercice, la sécrétion mammaire serait augmentée.

Et si la parturiente est une femme active, ennemie de tout ce qui est sédentaire, refusant obstinément de s'astreindre à un repos quelconque pour ce qu'elle ne considère pas comme une maladie, une de celles qu'un de

nos maîtres appelle « femmes à tempérament chasseur à pied » ? De tels caractères ne sont pas très rares, et l'on rencontre parfois des difficultés considérables de ce côté-là, on ne peut arriver à les convaincre qu'il serait dangereux pour elles de se lever trop tôt.

Et enfin, si l'on donne des soins à une femme pauvre, qui doit songer, après sa délivrance, à reprendre le labeur quotidien qu'elle a à peine interrompu au moment de l'accouchement, à cause des dures nécessités de l'existence ? Le repos complet prolongé serait trop onéreux pour elle ; et, d'ailleurs, elle s'inquiète peu des conséquences pathologiques pouvant résulter de la reprise prématurée de son travail ; elle fera à toutes les observations la réponse mélancolique des déshérités de la vie : « Il faut bien que je gagne mon pain ».

Certes, voilà un ensemble de cas où le lever hâtif serait spécialement indiqué, si l'on n'était retenu par la crainte des complications qu'il peut entraîner.

Il est possible de faire lever les femmes très peu de temps après l'accouchement en évitant ces conséquences fâcheuses, puisque l'involution utérine aura atteint une limite suffisante pour le permettre.

Ce résultat sera acquis grâce au massage de l'utérus.

DEUXIÈME PARTIE

LE MASSAGE

CHAPITRE PREMIER

LES RÉSULTATS

De l'étude succincte que nous venons de faire, il résulte que l'hygiène bien comprise des suites de couches présente deux indications contradictoires : repos au lit nécessaire pour assurer la régularité de l'involution utérine, vie au grand air et mouvement, pour le plus grand bien de l'état général et de la sécrétion lactée.

Le massage de l'utérus active l'involution utérine et, par suite, permet un lever précoce. On peut donc dire qu'il concilie ces indications contradictoires.

J'examinerai d'abord les résultats que donne cette thérapeutique ; nous serons ainsi conduits plus facilement aux indications, à la technique et au mode d'action du massage.

Nous avons à considérer ces résultats à trois points de vue : d'abord vis-à-vis de la durée des lochies, ensuite de la disparition de l'utérus derrière la symphyse pubienne, et enfin, du lever de la femme. Afin de mieux mettre en lumière ces particularités, je les ai réunies dans le tableau suivant :

	DISPARITION des lochies	DISPARITION de l'utérus derrière la symphyse	LEVER	OBSERVATIONS
I	12e jour.	8e jour	8e jour	Accouchement normal.
II	11e jour.	8e jour	9e jour	Id.
III	Disparit. pratique au 9e jour; léger écoulement persistant jusqu'au 19e jour.	9e jour	6e jour	Id.
IV	7e jour.	7e jour	6e jour	Acc. normal. Acc. précédent suivi de lypémanie puerpérale.
V	3e jour.	12e jour	12e jour	Acc. normal.
VI	1e jour	12e jour	12e jour	Id.
VII	6e jour.	12e jour	12e jour	Id.
VIII	9e jour.	11e jour	11e jour	Dilatation lente. Forceps en O. I. G. T.
IX	12e jour.	14e jour	14e jour	Ballon de Champetier de Ribes. Forceps. Insertion basse du placenta.
X	Elles ont disparu au moment du lever (10e jour).	10e jour	10e jour	Forceps.
XI	Il reste un léger écoulement au 8e jour.	8e jour	8e jour	Dilatation au Tarnier. Forceps en O. I. D. T.
XII	9e jour.	12e jour	12e jour	Acc. avant terme. Hémorragie utérine. Délivrance artificielle.
XIII	5e jour.	10e jour	10e jour	Avortement : 4 mois. Délivrance artificielle.
XIV	4e jour.	7e jour	7e jour	Avortement : 4 mois 1/2. Fœtus macéré.
XV	1e jour. 5e et 6e, suintement nocturne.	9e jour	9e jour	Avortement : 5 mois 1/2.
XVI	2e jour.		5e jour	Avortement : 1 mois.

§ Ier. — Disparition des Lochies

Prenons d'abord les observations dans lesquelles l'accouchement a été normal. Sauf un cas où, sans doute, la parturiente a repris beaucoup trop tôt ses occupations (Obs. III) et où un écoulement sans odeur, ne présentant aucun caractère des lochies, a persisté pendant quelques jours, on remarquera que les lochies ont disparu vers le douzième jour au plus tard, et, dans d'autres cas, vers le sixième et le septième jour. On remarquera de plus que ce sont les clientes de M. Platon qui ont bénéficié de la disparition la plus rapide ; ce fait peut être attribué au nombre de massages employés. M. P. Bosc, en effet, conseille deux massages par jour seulement. M. Platon en pratique trois dans le même temps, et ceci souligne encore l'action bienfaisante du massage sur l'involution utérine.

Donc, on peut compter, grâce à cette méthode, voir disparaître les lochies du sixième au dixième jour, surtout si on pratique plusieurs massages par jour, et, à cet égard, des frictions souvent répétées et de courte durée paraissent avoir une action plus efficace qu'une seule séance d'une durée plus longue

La diminution est surtout apparente après la montée laiteuse ; à ce moment, l'écoulement cesse d'être abondant, pour se réduire peu à peu à une simple humidité.

Dans les cas où l'on avait pratiqué une intervention obstétricale, l'écoulement lochial a paru avoir une durée légèrement plus longue. Nous enregistrons, dans un cas, la disparition au douzième jour (Obs. IX). Dans ce cas, l'insertion du placenta était basse. C'est peut-être à cette

disposition anatomique qu'a été due la disparition tardive des lochies et le retard dans l'involution.

Quoi qu'il en soit, on peut remarquer que le temps durant lequel on constate un écoulement hors des organes génitaux est un peu plus long que dans le cas d'un accouchement normal : huit, neuf, dix jours de durée.

En définitive, une intervention obstétricale ne peut pas être considérée comme retardant notablement la disparition des lochies, si l'on masse l'utérus.

M. le Dr Reynes, d'Orange, a pratiqué le massage dans une vingtaine de cas, où toujours il y avait eu intervention (version ou application du forceps) et il a été frappé aussi par le peu de durée de l'écoulement.

Si l'on considère spécialement les résultats obtenus dans les cas d'avortement, on remarquera que la disparition plus rapide de l'écoulement (du deuxième au quatrième jour) n'a rien qui doive nous surprendre, puisque, physiologiquement, l'involution est bien plus rapide qu'après l'accouchement. La différence obtenue dans les divers cas s'explique d'une façon toute naturelle : dans la seizième observation, par exemple, la très courte durée de l'écoulement s'explique par l'âge peu avancé de la grossesse.

L'accouchement avant terme présente un intérêt tout particulier : une abondante hémorragie a nécessité la délivrance artificielle, très difficile. Deux hémorragies ont suivi, traitées par des injections intra-utérines, l'extraction des caillots, puis des piqûres d'ergotinine ; au troisième jour, la femme fait une température de 38°9. Malgré ces ennuis de toutes sortes, le massage a été pratiqué, et au huitième jour l'écoulement cessait.

Donc, disparition des lochies du quatrième jour au neuvième jour dans les cas d'accouchement normal, vers le dixième jour dans les cas où l'on est intervenu, vers le

quatrième jour pour les avortements. Je pense que c'est là un résultat très appréciable : si l'on veut bien se reporter au résumé, établi d'après les classiques, qui figure en tête de ce travail, on aura une idée de l'importance de ce résultat. En effet, chez les accouchées soumises au repos, aussi bien que chez celles qui s'y dérobent, on observe un écoulement assez marqué jusque vers la troisième semaine.

C'est donc, pour le moins, un laps de temps d'une semaine et demie que l'on conquiert sur leur durée habituelle.

§ II. — Disparition de l'utérus derrière la symphyse pubienne

Examinons les résultats sur un autre phénomène de l'involution utérine : la diminution de volume de l'organe. Nous pouvons les considérer dans le même ordre que pour les lochies.

Dans les quatre premières observations d'accouchements normaux, l'utérus a réintégré le petit bassin le neuvième jour au plus tard ; dans les trois observations suivantes, on remarque un retard de quelques jours, deux ou trois environ (la date de la disparition n'étant pas indiquée dans l'exposé de ces derniers cas, je l'ai confondue avec le jour du lever, c'est certainement un maximum). Dans les cas où il y a eu intervention, le fait s'est produit bien plus tôt : au huitième ou dixième jour. Dans les observations de M. Reynes, c'est au septième ou huitième jour que la régression utérine est arrivée à ce point, et, dans ces cas aussi, il s'est toujours agi d'accouchements dystociques, ayant nécessité une version ou une application de forceps.

Nous constatons donc une certaine variabilité dans les résultats : à quoi peut-elle tenir ?

On pourrait faire intervenir une question de technique. A l'inverse de ce qui se passe pour les lochies, ce sont les accouchées dont l'utérus a subi trois massages quotidiens qui voient leur organe revenir plus tardivement en place. On peut faire observer à ce propos que les lochies représentent surtout les déchets provenant de la muqueuse : les éléments de la couche musculaire qui ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse ou l'atrophie disparaissent plutôt par résorption, et ce sont les voies lymphatique et sanguine qui interviennent. La différence dans l'action du massage sur ces deux ordres de faits pourrait être comprise ainsi.

Les résultats obtenus sur le volume de l'utérus sont contradictoires : dans les séries d'accouchements normaux, ils varient peut-être suivant la technique. Mais, une chose qui paraît constante, c'est la régression plus rapide dans les cas où l'on est intervenu pendant le travail.

Comment expliquer toutes ces différences ? Faut-il admettre une susceptibilité particulière de l'utérus vis-à-vis de massages souvent répétés ? Je ne sais si l'on peut incriminer cette cause, car il ne s'agit, après tout, que d'une séance de plus par jour, et peut-être est-ce insuffisant pour provoquer l'écart entre les résultats. Ou bien les interventions obstétricales amèneraient-elles, d'elles-mêmes, une excitation de la contractilité utérine, à laquelle viendrait s'ajouter l'action du massage ? Ceci est fort possible.

Toutefois, je me garderai de tirer une conclusion à ce sujet ; je ne fais simplement que poser la question. Pour la résoudre, une documentation plus précise et une expérimentation plus rigoureuse seraient nécessaires. Je ferai

remarquer que, si le dernier point était prouvé, il deviendrait tout à fait indiqué d'employer pour les massages la technique de Cazeaux, exposée et appréciée à d'autres points de vue dans un des chapitres suivants.

A ce propos, je dois signaler les observations IX et XII, ce sont des cas où l'on est intervenu pendant le travail. Nous constatons cependant, en contradiction avec ce que nous venons de signaler, que l'involution utérine a traîné en longueur, au moins relativement.

Ceci ne doit pas nous surprendre outre mesure : l'observation IX, nous la retrouvons toujours avec son insertion basse du placenta, qui nous paraît devoir être, je l'ai déjà dit, une cause de retard d'involution. Pour l'observation XII, je ferai remarquer que l'intervention a été indiquée par une hémorragie de la délivrance ; il y avait donc, selon toute probabilité, de l'inertie utérine. Cette inertie peut très bien, il me semble, être mise en cause et expliquer d'une façon suffisante le retard dans la régression de l'utérus, et l'action plus lente du massage.

Dans les avortements, le phénomène paraît mettre un temps relativement bien plus long à se produire ; ce n'est en effet qu'au septième ou neuvième jour que l'organe a repris sa situation normale. Ce résultat, on le voit, n'est pas non plus en harmonie avec celui que nous avons constaté pour les lochies.

Dans les observations, je ne vois guère de circonstances permettant de remonter à la cause de ce retard.

En somme, par rapport à l'involution utérine normale, nous obtenons ici de bons résultats ; la disparition de l'utérus derrière la symphyse se produit en moyenne vers le neuvième jour. Si nous nous reportons à la description classique des suites de couches, on constatera qu'à ce point de vue encore, c'est cinq ou six jours de gagnés.

§ III. — Lever de l'accouchée

Les lochies ont disparu, l'utérus a réintégré le petit bassin, la femme peut-elle se lever?

Nous avons vu que, pour toutes les parturientes, un lever précoce était une excellente chose, de par les heureux effets locaux et généraux de l'exercice actif; pour quelques-unes, une indication importante ; pour beaucoup, une impérieuse nécessité.

Si donc l'utérus a reconquis sa situation normale, si la disparition des lochies nous montre qu'il n'y a plus de matériaux à rejeter, nous pouvons être assurés que l'involution utérine a atteint un degré suffisant. Il me paraît donc alors parfaitement inutile de laisser la femme au supplice d'une immobilisation horizontale pendant une durée de vingt à vingt-cinq jours.

Nous lui permettrons donc de se lever, sans craindre les misères et les ennuis, les histoires génitales que risquait de leur attirer un lever hâtif dont l'influence ne fût pas contrebalancée par le massage.

Mais encore le meilleur en cette affaire, c'est de revenir à la clinique. En nous reportant aux observations, nous voyons que l'on a pu faire lever les femmes au sixième jour (observations III et IV), au huitième, dixième, douzième jour. On pourra remarquer que la date la plus éloignée où la femme s'est levée, c'est le quatorzième jour (obervation IX). Et il est bon de noter que c'est toujours l'insertion basse du placenta qui est en cause.

Ainsi les femmes se sont levées à des époques variant du huitième au douzième jour après l'accouchement ; cela n'a eu pour elles rien de fâcheux : quelques-unes, qui ont

pu être suivies et examinées à plusieurs reprises n'ont présenté la trace d'aucune affection utérine. Nous sommes loin, on le voit, de la règlementation classique : trois semaines de lit et une semaine de chaise longue.

Mais, ici, une question se pose naturellement : va-t-on permettre à la femme, dès que son utérus sera redevenu organe pelvien, dès qu'on aura constaté la disparition pratique de tout écoulement, de reprendre immédiatement ses habitudes ? Je ne le pense pas, et je crois qu'ici, comme en toutes choses, il faut procéder d'une façon graduelle, ne pas trop hâter les événements. On permettra donc, le premier jour, une promenade dans la chambre, et même dehors, si la température et les circonstances le permettent. Cette promenade sera, bien entendu, de très courte durée, et suivie d'un séjour prolongé sur la chaise longue. Les jours suivants, on conseillera des sorties de plus en plus longues, coupées de repos de plus en plus courts, et que l'on proportionnera à l'état des forces de la femme. On reviendra ainsi par une progression insensible aux occupations habituelles, et cela dans l'espace de quelques jours.

La conduite que je viens d'indiquer n'est pas toujours facile à suivre à la lettre, notamment dans la classe pauvre. Dans ces conditions on peut, sinon brusquer les choses, du moins aller plus rapidement, sans qu'il y ait de sérieux inconvénients à le faire. Je citerai à ce sujet l'accouchée de l'observation IV : elle s'est levée deux heures le cinquième jour, sept heures le sixième, et a repris, au septième jour, sa vie habituelle. Cette malade a été revue, et elle ne présente rien d'anormal du côté des organes génitaux.

Ainsi, la femme pourra se lever peu de temps après l'accouchement ; elle bénéficiera de tous les avantages que

présente une hygiène rationnelle et bien comprise ; il lui sera facile, son appétit étant excité par l'exercice, de réparer par une alimentation soignée les pertes produites dans son organisme pendant les derniers mois de gestation et le travail de l'accouchement. Il y a là un faisceau de résultats dont il est inutile, je pense, de démontrer plus longuement l'excellence

---

CHAPITRE II

LES INDICATIONS

Courty recommandait, pour éviter les prolapsus, de « provoquer la rétraction de tous les tissus péri-utérins et utérins par le seigle ergoté et tous les moyens qui peuvent conduire au même but ».

L'étude que nous venons de faire des résultats du massage nous permet de le considérer comme un de ces moyens, et indique son emploi. Je crois, en effet, que dans tous les cas on se trouvera bien de la massothérapie. La lecture des observations, à ce point de vue, est assez typique, car elles présentent des cas assez mêlés; l'accouchement normal y coudoie l'accouchement dystocique, l'accouchement avant terme, l'avortement, et, dans tous les cas, nous observons un résultat excellent. Il nous semble que l'on pourrait l'employer d'une façon systématique dans tous les accouchements, à terme ou avant terme, et dans les avortements.

Il y a cependant des cas où une indication se fera jour plus spécialement. Je ne veux pas revenir sur ce que j'ai dit dans la première partie de ce travail, au chapitre qui traite des contre-indications au repos. Il est certain que, dans des cas où la vie au grand air s'impose, le massage rendra de grands services.

Où il sera encore d'une très grande utilité, c'est lorsqu'il

y aura nécessité absolue de réduire au minimum la période puerpérale. A ce sujet, l'observation IV est très instructive; pour cette jeune femme, il y avait un intérêt majeur à abréger les suites de couches, une longue durée de cette période lui laissait des chances d'autant plus grandes de retomber dans un accès de lypémanie. On voit combien, dans des cas de ce genre, la massothérapie est une précieuse ressource.

J'ai rappelé, dans l'introduction, que Cazeaux employait le massage dans les cas d'hémorragie utérine; si donc il s'en produisait de tardives, il serait plus spécialement indiqué d'y avoir recours : en excitant la contractilité et la rétractilité utérines, il pourrait aider à la « ligature vivante » des vaisseaux.

Je ne veux pas insister outre mesure sur ce sujet, puisque, aussi bien, je tiens à l'affirmer catégoriquement, le massage est indiqué dans la grande majorité des cas. C'est une pratique qui doit être employée systématiquement, car, nous l'avons vu, elle présente des avantages très considérables.

Il faut bien cependant que je me garde de toute exagération, et que j'examine avec une entière liberté d'esprit s'il n'y aurait pas de contre-indications particulières vis-à-vis de cette méthode.

Une chose qui semble, en tout cas, résulter de l'étude des observations, c'est que son emploi n'a donné lieu à aucun accident Son innocuité paraît très réelle. On m'objectera que seize cas ne sont pas suffisants pour juger une méthode; je répondrai que si je n'apporte que seize observations, il en existe beaucoup d'autres, qui, par suite de circonstances diverses, n'ont pas été rapportées dans ce travail.

M. le professeur Livon, de Marseille (cité par M. Pla-

ton dans son article de la *Gazette des Hôpitaux*), M. Platon lui-même, l'ont employée, toujours avec de bons résultats, ce dernier depuis deux ans. M. Reynes, d'Orange, l'a expérimentée avec succès dans une vingtaine de cas. Un de nos confrères de Montpellier s'en serait aussi très bien trouvé.

On voit par conséquent que l'expérience du procédé est assez grande pour qu'on puisse formuler à ce sujet des conclusions assez nettes.

Il y a un cas, cependant, où la pratique de la méthode pourraêtre, je n'ose pas dire formellement contre indiquée, mais toujours très sujette à discussion : lorsqu'il y a une fièvre persistante, avec utérus volumineux et douloureux au palper, ou un état inflammatoire du côté des annexes, je crois, pour ma part, qu'il serait préférable de s'abstenir. Je suis en cela fidèle aux principes des massothérapeutistes, qui s'abstiennent de pratiquer aucune sorte de manipulations sur un foyer qui est le siège d'une inflammation aiguë. Hors de ce cas, je ne pense pas qu'il existe de raison sérieuse d'empêcher l'accouchée de bénéficier de cette thérapeutique bienfaisante.

CHAPITRE III

LA TECHNIQUE

Nous avons analysé les résultats que donne la massothérapie dans les suites de couches ; nous en avons relevé les indications générales et spéciales ; il nous reste à savoir de quelle manière on arrive à ces résultats, en d'autres termes, à exposer la technique du massage.

Certes, elle n'a rien de bien compliqué ni de bien difficile. Ainsi que le dit très bien M. Platon : « Il n'est pas nécessaire de posséder des titres spéciaux et des diplômes académiques. Toute personne de l'entourage de l'accouchée pourra, après indications du médecin ou de la sage-femme, masser le fond de l'utérus à heures fixes ».

Ce sont des frictions circulaires sur le fond de la matrice que l'on doit surtout faire.

« La main, placée sur la paroi abdominale, frictionnera, pressera, serrera vivement la paroi utérine ; d'un autre côté, deux doigts introduits dans le vagin agaceront, titilleront, le col de l'utérus. Si ces moyens ne suffisent pas, on porte la main tout entière dans la cavité de l'organe. On stimule, on agace avec les doigts sa surface interne, tandis qu'avec l'autre main, appliquée sur l'hypogastre, on continue les frictions ; on est quelquefois obligé de comprimer, de pétrir, pour ainsi dire, les parois de l'organe en appuyant fortement à travers les parois abdominales

pendant que l'autre main, qui se trouve à l'intérieur, sert de point d'appui » (Cazeaux, cité par Estradère).

Cette façon d'agir me paraît un peu brutale : il ne faut pas oublier qu'elle est préconisée contre l'hémorragie due à l'inertie utérine.

Voici de quelle façon M. Stapfer expose la technique de la friction circulaire :

« On l'exécute à travers les parois abdominales déprimées, sur les viscères abdomino-pelviens, avec la pulpe de l'index, du médius et de l'annulaire. C'est l'épaule du masseur qui travaille. Elle met en mouvement le bras, l'avant-bras et le poignet. Les doigts entraînent les tissus, ne glissent pas sur eux, et se déplacent fréquemment, même dans une petite zone. Ils décrivent des cercles peu étendus, deux, trois ou quatre fois, s'arrêtent, se déplacent et recommencent. De là, résultent de continuelles et courtes interruptions. Ces pauses, presque machinales, ont une haute importance. »

C'est de cette façon que l'on devra pratiquer le massage *post partum*. Ce sont, en somme, les frictions sur l'utérus recommandées après l'accouchement par tous les auteurs classiques. Et, en effet, ces massages, au moins au début, devront être légers et superficiel : s'ils étaient trop profonds et vigoureux, il en résulterait des crises douloureuses. Mais, à mesure que l'utérus diminue de volume et que les tissus s'habituent à cette pratique, on peut aller plus profondément et masser avec plus de force.

Au début, les massages peuvent être confiés à l'entourage ; mais lorsque l'utérus commence à devenir organe pelvien, et que, par conséquent, sa recherche à travers la paroi abdominale se fait plus difficilement, il arrive que les personnes inexpérimentées ne peuvent s'acquitter d'une façon convenable de leur tâche. Je sais bien qu'alors

même qu'elles ne massent pas directement le fond de l'utérus, les pressions exercées sur la paroi abdominale, et par suite sur les anses intestinales, se transmettent à la matrice et pratiquent ainsi sur cet organe un massage indirect, mais il est préférable, dans ces cas-là, de reprendre soi-même la direction du traitement, et de masser l'utérus absolument comme cela se pratique en gynécologie.

Combien de massages doit-on faire par jour ?

Dans les deux cas publiés par M. P. Bosc, la pratique a varié : la première fois, il fut fait un massage seulement par jour, pendant huit jours : la deuxième fois, deux massages en 24 heures, pendant quatre jours. Les résultats vis-à-vis de la durée des lochies et de la diminution de volume de l'utérus furent à peu près les mêmes.

M. Bosc préconise donc les massages deux fois ou une seule fois par 24 heures, avec une durée de cinq minutes environ.

M. Platon conseille des frictions trois fois par jour. L'influence de cette pratique est surtout nette si l'on considère les lochies, dont la durée est très notablement réduite ; sur la régression de l'utérus, elle paraît avoir moins d'influence que la pratique précédente. M. Reynes fait deux massages par jour, et il a surtout obtenu une disparition rapide de la matrice derrière la symphyse du pubis.

En somme, on peut faire masser l'utérus deux ou trois fois par jour. On se basera à ce sujet sur les circonstances plutôt que sur une idée théorique ; on en pratiquera trois s'ils sont supportés avec facilité ; on se contentera de deux, ou même d'un seul, si la femme les tolère difficilement.

Leur durée n'a pas besoin d'être longue : de trente à quarante mouvements circulaires suffisent amplement à

arriver au but poursuivi ; on frictionnera en somme pendant un laps de temps d'environ cinq à six minutes.

Le moment de la journée n'a pas grande importance : comme dans toutes les pratiques où se produit une action réflexe, il est bon de les espacer lorsqu'on en fait plusieurs : on massera donc le matin, vers le milieu du jour, et le soir. si l'on fait trois massages ; matin et soir, si l'on n'en fait que deux ; matin ou soir, si l'on n'en fait qu'un.

CHAPITRE IV

LE MODE D'ACTION

Nous devons rechercher, maintenant, par quel mécanisme le massage amène de telles modifications dans les phénomènes physiologiques de l'involution utérine. Son influence sur les tissus est double : d'une part, il produit une action directe, d'ordre plus spécialement mécanique, et d'autre part, il possède aussi une action indirecte réflexe, les deux modes d'action se complètent mutuellement et concourent au même but.

Von Mosengeil a fait, au sujet de l'action mécanique, des expériences très intéressantes : il a injecté dans les deux articulations du genou d'un lapin un liquide tenant en suspension de l'encre de Chine réduite en poudre très fine. Ensuite, il masse le genou droit. Trois quarts d'heure après, nouvelle injection, moins chargée en encre de Chine, massage du genou droit, deux autres fois. « L'animal est sacrifié et ouvert, les vaisseaux et ganglions lymphatiques du côté massé sont injectés d'encre de Chine, ce qui prouve l'action du massage d'une façon indubitable. »

Castex a, lui aussi, étudié expérimentalement l'action du massage : il a examiné histologiquement les muscles traumatisés, aussi bien ceux qui n'ont pas été massés que

ceux qui l'ont été. Il me paraît intéressant de citer une partie de ses conclusions :

« Le muscle traumatisé et non massé présente une sclérose diffuse avec : hypertrophie du tissu conjonctif annexe dans ses diverses parties, hémorragies interstitielles, engorgement des vaisseaux sanguins et hypertrophie de leur tunique adventice.

» Le muscle traumatisé, mais massé, offre son histologie normale. C'est la restitution *ad integrum*.

» Les vaisseaux sanguins sont normaux dans le muscle massé. Dans le muscle non massé, ils offrent une hyperplasie de leur tunique externe.

» Les filets nerveux, normaux dans le muscle massé, présentent, dans le muscle non massé, de la périnévrite et de la névrite interstitielle.

» La lésion des nerfs est plus marquée que celle des vaisseaux.

» En résumé, d'après mes recherches, on constate *de visu* que le massage agit en détergeant une partie des matériaux diversement nuisibles que le traumatisme y a versés, en ramenant cette partie à son état normal et en prévenant de la sorte le processus de sclérose diffuse qui en serait résulté.

» Telle est l'explication positive de l'action du massage. Elle ne saurait qu'accroître son crédit ».

Ainsi le massage aide puissamment à la résorption des formations conjonctives intra-musculaires, qu'elles se produisent dans l'intervalle des faisceaux musculaires ou autour des vaisseaux nerveux ou vasculaires ; il aidera donc, dans l'utérus, à la destruction de tout ce qui tendrait à s'organiser.

Nous avons fait remarquer, en étudiant les modifications que subit l'utérus pour revenir à son état normal,

qu'il se produit dans la fibre musculaire utérine un travail de dégénérescence granulo-graisseuse. Le massage agira sur ces fibres dégénérées absolument comme il agit sur la graisse de l'obèse, c'est-à-dire qu'il en hâtera la résorption, je n'insiste pas sur ce point, on sait quelle est l'action thérapeutique du massage dans le traitement de l'obésité.

Le massage agit aussi sur un muscle à la façon de la contraction musculaire : « Le muscle massé, dit Lagrange, se comporte, dans une certaine mesure, comme un muscle qui a travaillé ; ses molécules s'échauffent, les échanges organiques s'y accélèrent et donnent lieu à des combustions plus actives. Il en résulte que le massage, s'il est suffisamment énergique, peut modifier la composition du muscle dans le même sens que l'exercice actif. C'est pourquoi les urines d'un sujet massé avec une certaine énergie, sans un entraînement préalable, peuvent présenter l'état trouble que l'on observe sous l'influence de la fatigue musculaire, ainsi que la surabondance d'acide urique, de créatinine et d'acide lactique, qui sont la caractéristique du liquide urinaire chez l'homme courbaturé par les exercices violents. »

Ce n'est pas seulement la contraction musculaire totale du muscle qui est influencée, c'est encore la contractilité propre de la fibre musculaire elle-même. On conçoit que cette action amène la résorption plus facile des produits inutiles.

Agissant comme la contraction musculaire, il amène donc aussi un apport sanguin plus considérable, qui balaie plus facilement les déchets de l'involution utérine.

A cette action locale, directe, sur la fibre utérine, s'ajoute encore une action réflexe ; les centres nerveux réagissent, des contractions en sont la conséquence et contribuent pour leur part au résultat final.

Pour conclure, nous dirons que le massage agit sur l'utérus en involution, d'abord d'une façon spéciale, par son action sur la formation granulo-graisseuse que présente cet organe. En second lieu, il agit d'une façon générale, comme sur tout tissu musculaire et sur tout épanchement traumatique ou inflammatoire, par la dilatation vasculaire et l'apport plus considérable de sang, cause de combustions plus actives; enfin par action réflexe amenant la contraction des tuniques de l'utérus.

Tous ces effets se combinent et se complètent pour produire les heureux résultats que nous avons constatés.

OBSERVATIONS

Observation Première

(M. le docteur P. Bosc, *Gazette médicale* de Paris)

Il s'agit d'une primipare de 21 ans, ayant présenté une grossesse normale, avec conservation des habitudes et de l'activité jusqu'au moment de l'accouchement.

L'accouchement, absolument normal, a une durée de six heures. Délivrance naturelle, mais retardée. Elle n'a lieu qu'une heure après.

Premier massage immédiatement après la délivrance. Ensuite, pendant huit jours, massage journalier d'une durée de cinq minutes.

Pendant les vingt-quatre premières heures, l'odeur des lochies s'est manifestée avec intensité : en même temps elles sont devenues séro-sanguinolentes ; du dixième au douzième jour, l'odeur a disparu et l'écoulement est réduit à une simple humidité.

Au septième jour, l'utérus dépasse à peine le rebord du pubis : la parturiente se lève vingt minutes et essaie une robe ; le lendemain, l'utérus a réintégré le petit bassin, la parturiente se lève et reprend complètement sa vie habituelle. Elle ne nourrit pas. Retour de couches à la sixième semaine. Depuis, état utérin normal.

Observation II

(M. le docteur Bosc, *Gazette médicale* de Paris)

Secondipare âgée de 23 ans. La grossesse est normale, avec continuation des habitudes.

L'accouchement est normal, il dure trois heures.

La délivrance naturelle a lieu une heure après. L'enfant pèse 2,550 grammes.

Aussitôt après la délivrance, premier massage ; puis, durant quatre jours, massage de l'utérus deux fois par jour.

Comme dans l'observation précédente, l'odeur spéciale des lochies a été perçue nettement dès les 24 premières heures, tandis qu'elles devenaient séro-sanguinolentes.

Vers le onzième jour, disparition pratique de l'odeur et de l'écoulement, qui n'est marqué que par une simple humidité.

Au neuvième jour, l'utérus est dans le petit bassin. La malade se lève et reprend sa vie habituelle ; elle nourrit. Les suites ont été excellentes.

Observation III

(Inédite. — Personnelle)

Multipare de 25 ans.

Troisième grossesse normale. Accouchement normal le 1er septembre, à six heures du matin. Deux massages par jour, pendant cinq jours (1-2-3-4 5 septembre).

Le 6 septembre, la malade, qui ne devait se lever qu'au huitième jour, mais qui connaît celle de l'observation IV, veut se lever et se lève le *sixième jour*. La malade nourrit.

Est-ce dû à ce lever hâtif? Bien que l'utérus ait disparu dans le petit bassin au neuvième jour, et que ce qu'on peut appeler lochies ait disparu dès le même jour, il reste un suintement *inodore*, qui persiste jusqu'au quinzième jour ; à ce moment, écoulement sanguin n'ayant aucun caractère d'hémorragie, mais plutôt d'un écoulement menstruel, persistant une dizaine de jours, accompagné de lassitude générale.

Ensuite, plus rien, excellente santé. Au sixième mois de nourrissage, la menstruation réapparaît.

Les suites sont excellentes. Il s'agit d'une personne menant une vie très active et fatigante.

Observation IV

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le docteur Bosc)

Secondipare de 25 ans.

Cette malade était traitée pour une lypémanie puerpérale *grave*, et qui avait duré de longs mois, quand elle m'a été adressée. La guérison est survenue à la suite d'un traitement hydrothérapique. Elle est si complète qu'en février, elle vient, accompagnée de son mari, m'annoncer que, malgré toutes les recommandations, elle est enceinte.

La malade est très effrayée, et craint de voir recommencer tous ses maux. Dans ces conditions et devant la nécessité qu'il y a à raccourcir la période puerpérale, il est décidé qu'immédiatement après l'accouchement, mon confrère, le docteur Laussel, de Cournonterral, me confiera la malade pour que je la masse.

Accouchement normal et rapide, le 31 août 1900, à midi. Le soir, premier massage.

Le 1er septembre, le massage du matin est pratiqué par le mari, le soir par moi.

Le 2 septembre, de même. Dès le matin, les lochies sont décolorées.

Le 3 septembre, montée de lait ; l'utérus réaugmente un peu et les lochies redeviennent sanglantes.

Le 4, lochies décolorées de nouveau. Même traitement. Le mari se déclare incapable de masser l'utérus qu'il ne sent pas et qui, en effet, disparaît dans le petit bassin.

Etant donnés les antécédents névropathiques, j'active les événements.

Le 5, cinquième jour, la malade se lève deux heures.

Le 6, la malade se lève de dix heures du matin à cinq heures du soir,

Le 7, la malade reprend sa vie. Le matin, elle se lève entre huit et neuf heures, le soir elle se couche vers huit ou neuf heures.

L'utérus a entièrement réintégré le petit bassin. Il n'y a pas trace de lochies, pas le moindre suintement, bien que la parturiente ne se ménage nullement.

Le mauvais temps ne lui permet pas de sortir avant le 10.

Retour de couches à six semaines. La malade ne nourrit pas.

Pas de tendance à la lypémanie.

La malade revient en mars 1901 prendre des douches qui rentrent dans son programme névrothérapique. Etat génital excellent.

Observation V

(Due à l'obligeance de M. le docteur Platon, de Marseille)

A. Z..., 19 ans, primipare.

Femme saine génitalement, et bien constituée.

Accouchement normal ; délivrance naturelle.

A la suite de massages quotidiens, l'écoulement lochial a disparu à la fin du 3e jour.

Lever au 12e jour de couches ; suites excellentes ; bonne nourrice.

Observation VI

(M. le docteur Platon)

T. M..., 28 ans, multipare.

Troisième grossesse normale, chez une femme de bonne constitution et sans tare génitale.

L'accouchement est normal ; la délivrance aussi.

Massage.

Disparition des lochies à la fin du 4e jour.

Lever au 12e jour ; bonne nourrice.

Observation VII

(M. le docteur Platon)

L. C..., 31 ans, secondipare.

Grossesse normale chez une femme bien portante.

Accouchement normal.

Massage.

Les lochies ont disparu vers le 6e jour.

La femme s'est levée au 12e jour ; les suites ont été bonnes ; elle nourrit.

Observation VIII

(M. le docteur Platon)

D. M..., 21 ans, primipare.

Grossesse ayant évolué normalement. La santé générale est bonne, les antécédents excellents.

Dilatation lente. Vers la onzième heure du travail, on observe le ralentissement des bruits fœtaux, et l'on fait une application de forceps en O.I.G.T.

Enfant vivant. Pas de déchirure du périnée, pas d'hémorragie. Expulsion du placenta par expression (méthode du professeur Pinard). Hémorragie insignifiante au point que le lendemain de l'accouchement le coton vulvaire était à peine souillé. Injections vaginales chaudes pour amener une excitation vésicale ; la femme urine au soir du deuxième jour, et on supprime les injections.

Le massage est commencé dès le premier jour. Au neuvième jour, les lochies disparaissent. Cette jeune femme se lève au onzième jour, en parfaite santé, et fait une excellente nourrice.

Observation IX

(M. le docteur Platon)

P. R..., 24 ans, primipare.

Au quatrième mois de grossesse, la parturiente a présenté une hémorragie assez grave : depuis cette époque, la grossesse a évolué normalement. Travail à terme, long et douloureux : dilatation très lente, arrêtée lorsqu'elle atteint la largeur d'une pièce de 5 francs. Etat nerveux allant jusqu'à la syncope. Chloroforme à la reine. Application du ballon de Champetier de Ribes. 3 heures après, accouchement du ballon ; la tête appuie bien, descend et accomplit bientôt sa rotation. Forceps en O.I. Enfant vivant. Légère déchirure du périnée ; pas d'hémorragie. Délivrance spontanée (insertion basse du placenta : 3 centimètres de membranes au niveau de la rupture de l'œuf). Il n'y a presque pas d'écoulement sanguin. Serrefine sur la petite déchirure vulvo-périnéale.

Au deuxième jour, température 39°, sans écoulement apparent et surtout sans odeur. Lavement purgatif. Le soir, température 37°5.

Massage quotidien.

Cette jeune femme s'est rétablie lentement, l'écoulement a persisté jusqu'au douzième jour. Elle s'est levée au quatorzième. Elle n'a pu nourrir son enfant.

Observation X

(M. le docteur Platon)

S. F..., 27 ans, primipare.

Grossesse normale. Accouchement à terme. Dilatation rapide, descente et rotation opportunes. L'enfant est arrêté à la vulve, et l'expulsion se fait attendre. Ralentissement des bruits fœtaux.

On fait une application de forceps, et on retire un enfant vivant. Déchirure périnéale.

La délivrance, normale, est suivie d'une injection intra-utérine. On pratique une suture du périnée (trois points).

Massage de l'utérus.

Cette femme s'est levée au dixième jour, en très bon état, sans pertes blanches ni roses. Pour des raisons extra-médicales, elle n'a pas nourri son enfant. Elle aurait été une excellente nourrice.

Observation XI

(M. le docteur Platon)

H. J..., primipare, 32 ans.

Grossesse normale. Accouchement à terme. Travail lent. Dilatation lente et douloureuse. On me fait appeler après quatorze heures de souffrances. A l'auscultation,

les bruits fœtaux ne sont pas perçus. Écoulement de liquide amniotique.

Dilatation au dilatateur de Tarnier : application de forceps en O. I. D. T.

Enfant mort. Pas de déchirure. Délivrance sans péripéties.

Massage.

Levée au huitième jour. L'écoulement persistait encore, mais insignifiant.

Observation XII

(M. le docteur Platon)

Accouchement avant terme

V. M..., 35 ans. — Multipare (sixième grossesse).

Cette femme a eu ses deux premières grossesses à terme. Les enfants sont vivants et bien portants. La troisième grossesse a eu lieu quinze jours environ trop tôt, l'enfant, chétif et malingre, a succombé à l'âge de deux mois. Depuis, elle a eu deux avortements, de deux et trois mois et demi. Elle était venue nous voir au quatrième mois de sa grossesse actuelle avec des menaces d'avortement. Grâce au repos, aux injections modificatrices d'un écoulement métritique assez abondant, nous espérions arriver facilement au terme ; les pertes avaient presque disparu, lorsqu'après une scène pénible de famille, elle accoucha avant terme.

Enfant vivant de huit mois, présentant une hernie ombilicale énorme. Hémorragie abondante nécessitant la délivrance artificielle, très difficile à cause des adhérences placentaires au niveau de la corne droite. Hémorragie après la délivrance, injection intra-utérine de six litres. L'hémorragie reprend avec syncope et bourdonnements

d'oreilles. La main est introduite dans l'utérus et ramène des caillots énormes ; deuxième injection intra-utérine, injection sous-cutanée d'ergotinine Tanret. Massage.

1er jour, écoulement de sang encore assez abondant. Injection intra-utérine d'eau bouillie. Le soir, il y a une diminution notable de la perte.

2e jour. — Perte de sang presque pur, en moins grande abondance toutefois ; injection intra-utérine.

3e jour. — Température 38°9. Ecoulement sanguinolent avec odeur. Injection intra-utérine de huit litres d'eau bouillie avec 0 gr. 20 de permanganate de potassium par litre. Le soir, température normale. Lavement glycériné.

4e jour. — Température normale, définitivement. Ecoulement rosé, moins intense, qui devient blanchâtre le 5e et le 6e jour, pour cesser presque complètement au 8e.

Cette femme se trouve si bien que, malgré les péripéties de son accouchement, elle veut se lever au *douzième* jour. Etat parfait.

N. B. — Nous ne connaissions pas encore bien l'influence du massage sur l'évolution de la grossesse, influence si bienfaisante, comme l'a montré Stapfer (de Paris). Actuellement, en présence d'un cas semblable, nous soumettrions notre cliente à un massage abdominal régulier selon la pratique de notre maître de Baudelocque.

AVORTEMENTS

Obervation XIII

(M. le docteur Platon)

L. C..., 23 ans, primipare. Avortement de 1 mois.

Expulsion d'un fœtus vivant ; hémorragie nécessitant la délivrance artificielle. Injection intra-utérine.

Massage selon notre pratique. Le lendemain de l'avortement, nouvelle petite hémorragie, qui ne se prolonge pas, grâce à une nouvelle injection intra-utérine. Le soir, lochies sanguinolentes.

2e jour. — Perte insignifiante, toujours sanguinolente.

3e jour. — L'écoulement a presque cessé ; ce n'est plus qu'un simple suintement.

4e jour. – Le coton maintenu à la vulve est à peine souillé ; au 10e jour, la femme peut reprendre ses occupations sans présenter le moindre écoulement métritique.

Des injections de permanganate ont été continuées durant quelques semaines.

Observation XIV

(M. le docteur Platon)

A. T..., 28 ans, primipare.

Avortement de 1 mois 1/2. — Expulsion d'un fœtus macéré et présentant des signes d'infection syphilitique. Ecoulement d'un liquide amniotique presque noir, à

odeur repoussante. Lavage intra-utérin avant la délivrance, qui se fait spontanément vers la fin de l'injection. — Placenta gros et lourd Deuxième injection intra-utérine. Ecoulement sanguin insignifiant.

Massage :

1er jour. — Lochies à peine teintées de rose.

2e jour. — Lochies insignifiantes.

4e jour. — L'écoulement a cessé.

Lever au septième jour. La malade n'éprouve pas de malaise, ne présente pas de perte. Nous avions obtenu d'elle qu'elle fît des injections biquotidiennes d'eau bouillie salée (7 pour 1000).

Observation XV

(M. le docteur Platon)

B. P..., âgée de 25 ans, primipare.

Avortement de cinq mois et demi. Enfant mort et macéré. Ecoulement considérable d'un liquide amniotique louche, sans odeur. Délivrance normale. Hémorragie sans importance après la délivrance. Massage.

1er jour. — Ecoulement sanguin (presque du sang pur).

2e jour. — Lochies striées de sang.

3e jour. — Ecoulement de moins en moins abondant. Le soir de ce jour, le coton vulvaire est retiré absolument sec. Hémorragie assez abondante dans la nuit. Lavage intra-utérin à l'eau bouillie ; potion avec 1 gramme d'ergotine.

4e jour. — L'écoulement semble avoir disparu ; il reparaît blanchâtre et rosé vers le milieu du jour, et disparaît complètement le soir.

Le 5e et le 6e jour, il n'y eut qu'un suintement nocturne, et la femme s'est levée, en bon état, au neuvième jour.

Observation XVI

(M. le docteur P. Bosc)

Mme V... me fait appeler, le 8 novembre, à 5 heures du matin, pour une hémorragie survenue brusquement, accompagnée de coliques, et ayant cessé tout à coup (elle ne croyait pas être enceinte). Au moment de mon arrivée, les coliques, qui avaient persisté un certain temps, avaient cessé, ainsi qu'une deuxième hémorragie.

L'examen des caillots de ces deux hémorragies successives me fait trouver un œuf d'environ un mois ; la malade avait, en effet, eu ses règles le dernier mois et les attendait en ce moment ; cet œuf a été apporté au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté.

Le 8 novembre, 2 massages, injections à 45° toutes les 2 heures.

Le 9, 1 massage et injections à 45° toutes les 2 heures.

Le 10, 1 massage et 3 injections à 45°.

Le 11, les pertes ayant complètement cessé depuis 24 heures, la malade se lève.

Le soir, massage.

Le 12, la malade reste levée plusieurs heures. 1 massage.

Le 13, sortie en voiture. 1 massage.

Le 14, sortie à pied. La malade reprend sa vie, qui est très dure (cinq enfants, dont un très jeune, et trois malades).

J'ai eu des nouvelles de cette malade en mars 1901 : elle va très bien.

« Depuis le mois de mars 1899, parmi les nombreuses interventions obstétricales pour lesquelles j'ai eu l'occa-

sion d'être appelé, je n'ai pas suivi — cela est impossible en clientèle — toutes mes accouchées (avortement et accouchement) ; je ne puis vous dire le résultat général et complet, au point de vue de l'involution utérine, du massage, que j'ai toujours recommandé avec conviction. Chez celles que j'ai pu voir tous les jours et même deux fois par jour, *toujours* j'ai constaté la disparition de l'utérus derrière la symphyse vers le 12e jour, bien rarement au 14e. Toujours les lochies ont été heureusement modifiées grâce à cette pratique. » (Dr PLATON.)

« Depuis que j'ai mis en pratique le massage abdominal, ou plus simplement les frictions sur le bas-ventre deux fois par jour, pendant une durée de sept à huit minutes, j'ai toujours remarqué que les lochies duraient bien moins, mais surtout que le volume de l'utérus diminuait très vite, et qu'il disparaissait complètement derrière la symphyse du pubis vers le septième ou huitième jour.

» Mes accouchées se sont toujours levées vers le dixième jour, souvent avant, sans inconvénient, et les suites de couches ont toujours été excellentes... Les sages-femmes ne nous appellent que dans les cas difficiles, où notre intervention est indispensable. » (Dr REYNES, d'Orange.)

CONCLUSIONS

1° Le repos de vingt jours au lit est prescrit après l'accouchement dans le but d'empêcher toute action nocive sur l'involution utérine, et, par suite, d'éviter nombre d'affections gynécologiques.

2° Beaucoup de femmes, surtout celles qui nourrissent, se trouveraient très bien d'une thérapeutique leur permettant de se lever dans le plus bref délai.

3° Le massage de l'utérus active notablement l'involution de cet organe ; il permet le lever vers le dixième jour.

4° Son influence est surtout marquée sur la durée des lochies et la diminution de volume de l'utérus. Elle est due à la facilité avec laquelle il fait résorber les exsudats, et à son action particulière sur la contraction musculaire.

5° Il ne paraît pas présenter de danger, et la seule contre-indication possible serait un état inflammatoire aigu de l'utérus ou des annexes.

6° Il est dès lors rationnel d'en conseiller l'emploi systématique pour le traitement des suites de couches.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 13 Avril 1901.
Pour le Recteur,
Le vice-président du Conseil de l'Université.
MASSOL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 12 Avril 1901.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

AUVARD. — Traité pratique d'accouchements, 3me édit. Paris, 1896.

BERNE. — Le massage. Paris, 1894.

BOSC (Pierre). — Du massage employé systématiquement dans les suites de couches normales, pour activer l'involution utérine. *Gazette médicale de Paris*, février 1899.

BOUILLY. — In Manuel de Pathologie externe t. IV, 5me édition, 1897.

CASTEX. — Etude expérimentale sur le massage. *Archives générales de Médecine*, 1891.

COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus, des trompes et des ovaires, 3me édition, 1re partie, 1879.

ESTRADÈRE. — Du massage, son historique, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques. Paris, 1884.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.

LAGRANGE (Fernand). — La médication par l'exercice. Paris, 1894.

PLATON. — Massage et involution utérine. *Gazette médicale des Hôpitaux*, 15 juin 1899, n° 17.

POZZI. — Traité de gynécologie, 3me édition. Paris 1896.

REGNAULT. — Quand doit se lever l'accouchée ? *Correspondant médical*, n° 97, 30 septembre 1898.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique, 3me édition, Paris.

STAPFER. — Traité de kinésithérapie gynécologique. Paris, 1896.

TARNIER et CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements, t. I, Paris, 1882.

TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique, t. II, 4me édition, 1897.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!